

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N° 454

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 6 juillet 1898, à 1 heure

Par EMILE ARNAL

Né à Paris le 25 janvier 1870.

Ancien interne provisoire des hôpitaux de Paris

Médaille de bronze de l'Assistance publique

DE

L'INTERVENTION CHIRURGICALE

DANS LA RUPTURE TRAUMATIQUE

DES KYSTES DE L'OVAIRE

Président : M. TILLAUX, professeur.

*Juges : MM. } MARCHAND, professeur.
KIRMISSON et TUFFIER, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N°

454

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 6 juillet 1898, à 1 heure

Par EMILE ARNAL

Né à Paris le 25 janvier 1870.

Ancien interne provisoire des hôpitaux de Paris
Médaille de bronze de l'Assistance publique

DE

L'INTERVENTION CHIRURGICALE

DANS LA RUPTURE TRAUMATIQUE

DES KYSTES DE L'OVAIRE

Président : M. TILLAUX, professeur.

*Juges : MM. } MARCHAND, professeur.
 } KIRMISSON et TUFFIER, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

HENRI JOUVE, ÉDITEUR

15, rue Racine, 15

1898

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Professeurs		M. BROUARDEL
		MM.
Anatomie		FARABEUF.
Physiologie		CH. RICHET.
Physique médicale		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD.
Pathologie médicale		HUTINEL.
Pathologie chirurgicale		DEBOVE.
Anatomie pathologique		LANNELONGUE
Histologie		CORNIL.
Opérations et appareils		MATHIAS DUVAL
Matière médicale et pharmacologie		TERRIER.
Thérapeutique		POUCHET.
Hygiène		LANDOUZY
Médecine légale		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée		LABOULENE
		CHANTEMESSE.
		POTAIN.
Clinique médicale		JACCOUD.
		HAYEM.
		DIEULAFOY.
		GRANCHER.
Maladie des enfants		
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux		RAYMOND.
		TILLAX.
Clinique chirurgicale		BERGER.
		DUPLAY.
		LE DENTU
Clinique des maladies des voies urinaires		GUYON.
Clinique ophthalmologique		PANAS.
Clinique d'accouchements		N.
		PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.			
ACHARD	GAUCHER	MARIE	SEBILEAU
ALBARRAN	GILBERT	MÉNÉTRIER	THIERRY
ANDRE	GILLES DE LA	NELATON	THOINOT
BAR	TOURETTE	NETTER.	TUFFIER
BONNAIRE	CLEY	POIRIER, chef des	VARNIER
BROCA	HARTMANN	travaux anatomi-	WALTHER
CHARRIN	HEIM	ques.	WEISS
CHASSEVANT	LEJARS	REITTERER	WIDAL
DELBET	LETULLE	RICARD	WURTZ
	MARFAN	ROGER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Chirurgien de l'hôpital de la Charité
Membre de l'Académie de médecine
Commandeur de la Légion d'honneur



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552025_0028

DE

L'INTERVENTION CHIRURGICALE

DANS LA RUPTURE TRAUMATIQUE

DES KYSTES DE L'OVAIRE

INTRODUCTION

Comme notre titre l'indique nous n'avons pas l'intention de faire une étude d'ensemble sur la rupture des kystes de l'ovaire. Un tel travail dépasse de beaucoup les limites que nous nous sommes imposées.

M. Guinard, chirurgien des hôpitaux à qui nous devons le sujet de cette thèse, a observé à l'hôpital Lariboisière et en ville un certain nombre de cas de ruptures de kystes de l'ovaire par action traumatique. Il nous a engagé à rechercher les faits de même ordre en envisageant spécialement le traitement applicable en pareil cas.

Avec sa haute autorité chirurgicale il nous a lui-même fourni la relation d'un certain nombre de cas où il est intervenu chirurgicalement et avec succès.

C'est en nous inspirant de ces faits et des recherches bibliographiques minutieuses auxquelles nous nous sommes livrés que nous allons aborder ce travail, travail qui nous paraît d'autant plus justifié qu'aucune étude d'ensemble sur ce point limité de thérapeutique chirurgicale n'a été publiée à notre connaissance.

Nous nous en tiendrons strictement en effet aux ruptures par action *traumatique*, et nous chercherons quelle est la conduite à tenir en présence de ces cas ; nous verrons enfin dans quelle mesure le pronostic opératoire peut être influencé du fait de cet accident.

Mais avant d'aller plus loin dans cette étude qu'il nous soit permis d'adresser à nos maîtres dans les hôpitaux, l'hommage de notre reconnaissance.

M. Hanot fut notre premier maître dans les hôpitaux de Paris, nous conserverons toujours un souvenir ému de ce maître si regretté.

Nous avons eu le grand bonheur de passer notre première année d'externat dans le beau service du professeur Hutinel et c'est à ce maître éminent que nous devons toutes nos connaissances en clinique infantile. Qu'il reçoive ici tous les remerciements que nous lui devons.

Monsieur le docteur Delpeuch nous a accueilli comme externe dans son service de l'hôpital Tenon. Nous conserverons de cette année le plus agréable souvenir. Nous ne saurions oublier jamais, ni la sagacité du clinicien qui nous a instruit, ni la bienveillance du maître qui nous a prodigué des marques d'intérêt.

A Monsieur le professeur Potain, nous devons un hommage tout spécial. Externe dans son beau service de la

Charité, nous avons suivi pendant un an ses leçons cliniques si brillantes et si recherchées; nous n'oublierons jamais quel maître excellent nous avons trouvé en lui; qu'il soit assuré de notre profonde gratitude et de notre respectueux et sincère attachement.

Monsieur le professeur agrégé Delens, dont nous avons été l'interne provisoire, nous a initié à la pratique si intéressante de l'ophtalmologie et de l'oculistique. Qu'il nous permette de le remercier ici et de son précieux enseignement et de sa parfaite aménité.

Nous avons été également interne provisoire dans le service de la consultation de l'hôpital Lariboisière sous la direction de M. le docteur Gallois. Il fut pour nous plus un ami qu'un maître, nous souhaitons qu'il voie dans nos remerciements autre chose qu'une formule banale.

Ce n'est point dans ces quelques lignes que nous pensons nous acquitter envers Monsieur le professeur agrégé Monod de l'immense dette de reconnaissance que nous avons contractée envers lui. Dès le début de nos études il nous a sans cesse entouré de ses conseils presque paternels.

Plus tard nous avons eu le privilège d'être son externe et nous avons su apprécier toute sa science chirurgicale et son profond sens clinique, c'est auprès de lui que nous avons acquis toutes nos connaissances en chirurgie. Depuis, il n'a cessé de nous témoigner personnellement sa grande bonté, nous traitant bien moins comme un élève que comme un ami.

Nous tenons à lui dire ici quel souvenir ému nous gardons de lui et quel profond attachement nous lui conser-

vons. Nous voudrions pendant notre carrière médicale, nous inspirer des exemples d'honneur professionnel de désintéressement et de dévouement aux malades qu'il nous a sans cesse donnés.

Bien que nous n'ayons pas été directement l'élève de M. le docteur Guinard nous avons cependant beaucoup profité de ses leçons pendant notre année d'internat provisoire à Lariboisière. C'est à lui que nous devons le sujet de ce travail. Nous le remercions bien vivement pour les précieux conseils qu'il nous a donnés, et nous ne saurions assez lui exprimer notre gratitude pour l'obligeance qu'il nous a toujours témoignée.

Enfin que nos autres maîtres dans les hôpitaux MM. les docteurs Netter, Faisans, Walther, Vaquez, Guillemin, Bonnaire soient assurés du souvenir reconnaissant que nous leurs gardons.

Notre excellent ami et collègue M. Blanc nous a fourni une intéressante observation, nous le remercions ici pour ce nouveau gage de notre vieille amitié.

M. le professeur Tillaux a bien voulu accepter la présidence de notre thèse. Nous sentons tout le prix d'une telle faveur ; qu'il veuille bien accepter l'hommage de notre gratitude.

HISTORIQUE

Le traitement à appliquer dans les cas de rupture traumatique des kystes de l'ovaire a passé par des phases très diverses et l'ovariotomie immédiate aujourd'hui presque universellement admise est une conquête relativement récente de la thérapeutique chirurgicale.

L'expectation a été longtemps le seul traitement des kystes rompus traumatiquement, (Herpin, Gauthier) (1). Després (2) en 1876 est encore partisan de ce mode de traitement. Cette manière de faire est justifiée dans une certaine mesure par les faits de guérison spontanée des kystes de l'ovaire à la suite de ruptures traumatiques, faits dès longtemps constatés par les anciens et qui avaient engagé ceux-ci à tenter de crever les kystes à travers la paroi abdominale par des coups de maillet comme on écrasait les kystes du poignet à coups de marteau.

La ponction constitue un progrès relatif dans l'histoire du traitement.

Boinet et Steinthal la pratiquèrent les premiers en 1856 et 1859 avec plein succès.

1. In Gallez. *Hist. des kystes de l'ovaire*. Bruxelles 1873.

2. Després. *Société de chirurgie*. Séance 29 mars 1876.

Blundell, Good Rigby, Crampton, Brigh, conseillent la ponction immédiate après la rupture (Laroyenne et Soller)(1) puis Treille dans sa thèse (1873) et en 1884 Boinet et Ferrand la recommandent dans certains cas.

Une modification importante de ce mode de traitement a consisté à faire suivre la ponction évacuatrice d'une injection d'un liquide destiné à nettoyer complètement la cavité abdominale.

Netter en 1875, Mosiman en 1881 conseillent des lavages à l'eau tiède.

Le peu de succès de ces divers traitements palliatifs, la facilité et l'innocuité habituelle de l'ovariotomie qui allaient en augmentant avec l'habileté des opérateurs et la perfection de la technique opératoire déterminèrent les chirurgiens à tenter cette opération même dans les cas de ruptures traumatiques.

Keith, Duplay, Kœberlé, Spencer Wells, Poulet et Bousquet, Lawson Tait, Osterloh, Hue, Sebileau, affirment la nécessité d'intervenir hâtivement dans les cas de ruptures traumatiques ou autres.

Barnes et Emmet sont tout aussi affirmatifs. Tel est enfin l'avis de Pealsee Zweifel et de la plupart des auteurs modernes.

Pour terminer ce rapide aperçu, citons le remarquable article de Pozzi dans son *Traité de gynécologie* et l'intéressante note de M. Demons de Bordeaux (1896) dans la *Gazette hebdomadaire de médecine de Bordeaux*.

Nous ne saurions entreprendre avec fruit l'étude de

1. Laroyenne et Soller. *Lyon médical* 1882, p. 635.

l'intervention chirurgicale pour kystes de l'ovaire rompus traumatiquement sans rappeler sommairement comment cet accident peut se produire et quel est l'aspect des lésions observées.

Nous exposerons ensuite très rapidement les symptômes et le diagnostic des ruptures traumatiques, et nous aborderons enfin le chapitre principal de notre travail en envisageant successivement les indications et contre-indications opératoires, les méthodes opératoires, le pronostic et les résultats de l'intervention.

CHAPITRE I

ÉTIOLOGIE. PATHOGÉNIE. ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Nous nous proposons dans ce premier chapitre de rechercher la nature et le mode d'action des divers traumatismes qui ont pu produire la rupture d'un kyste, nous voudrions examiner aussi très brièvement quelles lésions sont produites consécutivement, soit sur les parois du kyste soit autour de lui.

Tous les auteurs qui ont étudié cette question divisent les traumatismes susceptibles de produire la rupture en *externes ou directs, internes ou indirects*. Il faut faire rentrer dans un troisième groupe des traumatismes que l'on peut appeler *chirurgicaux*.

Pour la première catégorie, si l'on consulte les observations publiées on trouve les traumatismes les plus divers.

Sur un total de 51 cas dont nous avons pu lire la relation, 23 résultent de violences extérieures et rentrent par conséquent dans notre premier groupe, or :

17 fois il s'agit d'une chute. Il est à noter que dans ces cas il n'y a pas toujours eu traumatisme direct sur l'abdomen.

3 fois il s'agit de coups de pieds atteignant directement l'abdomen.

1 fois, dans un cas de Saterthiwaite dont nous rapportons l'observation, il s'agit d'une malade renversée par un cheval, l'un des pieds de l'animal se posa sur le kyste qui éclata.

Dans un cas rapporté par M. Millau (*in* Gallez *Hist. des k. ovar.* 1873) il s'agit d'une voiture passant sur le ventre de la malade.

Enfin, Doumairon (*th. Strasbourg*, 1868) cite un cas de rupture déterminée par la pression d'une ceinture hypogastrique.

Le second groupe de traumatismes indirects ou internes, que Nepveu et Lair ont désigné sous le nom de « physiologiques », comprend une série de faits qui se réduisent en définitive à cette seule cause : l'effort.

Sur une série de 16 observations rentrant dans ce groupe :

9 fois il s'agit d'efforts musculaires, (action de soulever un fardeau, courses à pieds).

4 fois il s'agit d'efforts de vomissements.

2 fois le coït est mentionné comme seule cause.

1 fois la rupture est consécutive à une crise éclamptique.

Nous avons parlé d'un troisième groupe comprenant les traumatismes chirurgicaux. Nous avons recueilli en effet un certain nombre de faits dans lesquels certaines manœuvres chirurgicales ont agi comme de véritables traumatismes. Nous croyons pouvoir diviser ces faits en 3 groupes : 1^o traitements intempestifs (massage, frictions etc) ; 2^o explorations chirurgicales (spéculum, toucher, palper,

simple ou bimanuel); 3° soins pré-opératoires (brossage et lavage de la paroi abdominale etc).

Demons de Bordeaux cite 3 observations personnelles de ce genre, nous en rapportons nous-même un cas inédit à la fin de ce travail.

Ce dernier ordre de faits est évidemment beaucoup plus rarement en cause que les précédents aussi y a-t-il lieu de se demander si certaines conditions anatomiques ne favorisent pas la rupture en ces cas, et ne préparent pas en quelque mesure le kyste à se rompre sous l'influence d'un traumatisme qui dans la majorité des cas eût été insuffisant.

Nous avons été amenés ainsi à rechercher dans quelle mesure la variété anatomique des kystes peut influencer sur la rupture.

Sur l'ensemble des observations que nous avons recueillies.

12 fois le kyste était multiloculaire.

3 fois le kyste était uniloculaire.

1 fois il s'agit d'un kyste dermoïde (observation inédite). dans le reste des cas la variété du kyste n'était pas notée. Nous avons tenu à rechercher pour chaque cas quelle avait été l'intensité du traumatisme, cause de la rupture. Si nous divisons les traumatismes en violents, et légers nous voyons que les premiers ont été cause de rupture pour 8 kystes multiloculaires, 3 kystes uniloculaires, tous les autres cas se rapportent plutôt à des traumatismes légers.

Ces chiffres, on le voit, ne permettent pas d'apprécier

nettement quelle variété de kyste est la plus exposée à la rupture.

Une autre question doit se poser : existe-t-il dans les cas de ruptures traumatiques un travail destructif des parois du kyste préparant la rupture.

M. Pozzi mentionne comme très fréquente la dégénérescence graisseuse causée par la thrombose, Döffner insiste également sur ce fait, il signale en outre la dégénérescence calcaire.

Les faits que nous avons recueillis confirment pleinement cette manière de voir.

— En général l'aspect de l'orifice de rupture, son siège, ses dimensions sont variables, toutefois la déchirure *linéaire* de la paroi est presque caractéristique des ruptures traumatiques, généralement la déchirure est unique, en arrière et en haut, dans la majorité des cas observés.

L'orifice peut être obstrué en partie soit par des végétations, des masses colloïdes, un cailllot sanguin (v. observat.)

Dans tous les cas observés, le kyste s'est rompu dans le péritoine. Nous n'avons trouvé aucune mention d'ouverture dans un viscère à la suite d'un traumatisme.

Mais il est clair que si des adhérences ont réuni le kyste à un viscère creux et si une ulcération des parois de ce viscère est près de faire communiquer le kyste avec sa cavité, il suffira d'un traumatisme insignifiant pour amener la perforation. Nous devons à l'obligeance de M. Guinard une observation inédite des plus instructives à ce point de vue (Voir Obs. II).

Nous ne voulons pas étudier ici les lésions que p é-

sente le péritoine à la suite de la rupture d'un kyste ovarien. Nous rappellerons simplement que suivant la nature du liquide épanché (séreux, colloïde hémorrhagique, purulent) tantôt la séreuse reste indemne tantôt elle présente les lésions de la péritonite à ses divers stades.

CHAPITRE II

SYMPTÔMES — DIAGNOSTIC — PRONOSTIC

La rupture des kystes peut passer complètement inaperçue. Hofmeier (*Manuel de gynécologie opérat.*) prétend que cet accident est rarement accompagné de symptômes subjectifs.

Schröder (*Maladies des org. génit. de la femme*) parlant des ruptures en général, spontanées ou traumatiques, dit que c'est là un accident journalier qui en général passe inaperçu.

M. Pozzi (*Traité de gynécol.*) distingue entre les petits kystes dus à l'hydropisie folliculaire dont la rupture serait « sans grande conséquence » ; et les grandes poches kystiques dont la rupture au contraire serait loin d'être toujours un fait sans conséquences.

Pour nous, en rassemblant les faits publiés, nous pensons que l'accident peut, en effet, ne pas être reconnu, mais il faut pour cela certaines conditions qui sont loin d'être constantes.

En premier lieu, le liquide doit être inoffensif, en outre, la poche doit être petite ou l'orifice de petite dimension car l'épanchement brusque d'une grande quantité de li-

quide même inoffensif dans la cavité péritonéale peut avoir les plus graves conséquences.

Ces conditions se trouvent d'ailleurs fréquemment réalisées, ce qui explique les statistiques comme celle de Nepveu par exemple (*Ann. de gynéc.* 1875) qui, sur 127 cas a observé 64 faits de guérison à la suite de ruptures traumatiques ou autres.

Boursier sans citer les chiffres de sa statistique personnelle donne également une grande majorité de faits de guérison (*Ann. gynécol. et d'obstétric.* 1897).

En dehors de ces cas il en est pourtant beaucoup d'autres qui s'annoncent par différents symptômes que nous allons passer en revue.

On comprend sans peine que dans le groupe des ruptures « traumatiques » il n'existe aucun prodrome.

Nous devons rappeler cependant que l'action du traumatisme est favorisée parfois par un travail antérieur d'altération des parois du kyste. Dans ces cas la malade se sera plaint avant l'accident de sensations diverses au niveau du kyste, de petites douleurs, etc.

A la suite du traumatisme on peut observer des symptômes généraux et des symptômes locaux.

Symptômes généraux. — La douleur est le principal signe. Elle présente tous les degrés d'intensité ; elle est tantôt nettement localisée, tantôt vague et très étendue. Parfois elle présente un caractère qui fait dire aux malades qu'elles éprouvent « une sensation de déchirure ». Ce dernier caractère est noté dans plusieurs observations entre autres de Trousseau, et de Spencer Wells.

Souvent la douleur s'accompagne de défaillances allant

depuis un léger étourdissement jusqu'à la syncope mortelle (Emmet, *Pratique des maladies des femmes*).

La mort subite est relatée par un assez grand nombre d'auteurs.

Parfois on a observé au lieu de syncope des convulsions ou des crises hystériques (Hue. Th. de Paris 1883).

Après ces symptômes immédiats tout peut rentrer dans l'ordre, mais il n'est pas rare de voir se déclarer les symptômes de la péritonite.

La rupture d'un kyste ovarique peut encore se compliquer d'une lésion vasculaire amenant des hémorragies abondantes soit dans le kyste, soit dans le péritoine, et consécutivement des syncopes, des phénomènes de choc péritonéal, la mort subite peut également reconnaître cette cause.

Nous devons enfin mentionner pour mémoire les faits de peptonurie signalés par Wassermann (Th. de Paris, 1885) après la rupture d'un kyste.

Symptômes locaux. — M. Pozzi s'exprime ainsi dans son traité de gynécologie : « La disparition brusque de la
« tumeur, le changement de forme du ventre, la présence
« d'une collection libre dans sa cavité que la main doit
« déplacer pour arriver sur le restant du kyste, tels sont
« les signes pathognomoniques de l'accident... »

Immédiatement après l'accident, la palpation abdominale peut le plus souvent nous donner ces indications, mais les choses ne restent pas longtemps dans cet état. Sous l'influence de l'irritation péritonéale le ventre se tend, se ballonne, devient douloureux. La palpation et la percussion la plus légère deviennent intolérables, pour la

malade, et c'est dans ces cas que l'on observe les symptômes graves dont nous avons parlé : angoisse, dyspnée, vomissements, hoquet, pouls filiforme,

On se trouve en un mot en présence d'une péritonite aiguë, localisée ou généralisée suivant les cas.

Dans le plus grand nombre des cas la mort est le terme fatale de cette évolution.

Düffner dans sa thèse (Nancy 1893) a longuement recherché pour les cas de guérison, par quel mécanisme le liquide kystique est résorbé et par quelles voies il est éliminé au dehors. Il conclut que cette résorption se fait par les reins, et il signale une polyurie abondante comme signe fréquent.

La diurèse commencerait en général un ou deux jours après la rupture et durerait de quatre à cinq jours. La quantité de liquide ainsi rendue pourrait être considérable.

Dans certains cas la diurèse aurait été remplacée par une diarrhée profuse, dans d'autres, par des sueurs abondantes. (Simpson. *Cliniq. obstétr. et gynéc.*, 1874).

On a même observé une salivation exagérée, et même de l'anasarque.

Pour être complets, nous devrions parler, en terminant cette esquisse clinique, des accidents éloignés tels que adhérences, récidives, généralisation, nous les réservons pour le chapitre « Pronostic » où ils nous paraissent plus à leur place.

Nous omettons également à dessein la description des faits d'ouverture dans un viscère voisin, ces faits, nous

l'avons dit plus haut, ne sont observés qu'exceptionnellement dans les ruptures traumatiques.

De notre étude clinique, il ressort que le diagnostic de la rupture peut être ou très difficile, ou très facile.

On ne saurait songer en effet à la rupture d'un kyste en l'absence de toute espèce de signe subjectif. La possibilité de cet accident seule peut mettre le chirurgien sur la voie du diagnostic, souvent alors un palper attentif lui permettra d'affirmer la rupture, encore faut-il que la malade avant le traumatisme ait eu connaissance de sa tumeur.

Bien différents, évidemment, sont les cas où le chirurgien appelé auprès d'une malade qu'il sait atteinte d'un kyste de l'ovaire, constate soit par l'interrogatoire soit par l'examen direct tous les signes d'une rupture. A la suite d'un choc, d'une chute, la malade a éprouvé une sensation spéciale de déchirement, suivie d'une douleur très vive au niveau de l'abdomen, parfois des vomissements sont apparus, ou bien des phénomènes syncopaux, enfin et presque instantanément elle a vu son ventre changer de forme, de consistance et de volume.

Le diagnostic s'impose dans ces cas, cela va de soi.

Il est des cas cependant où il est des plus difficiles.

Si des symptômes de péritonite sont apparus, la palpation abdominale est presque impossible, il ne reste plus alors que les signes subjectifs pour asseoir le diagnostic.

Dans d'autres cas, l'orifice de rupture peut être très petit, le liquide n'a pu s'échapper qu'en petite quantité,

et le volume, la forme de l'abdomen n'ont subi que des modifications peu appréciables.

La rupture sera souvent méconnue dans ces cas.

Quand le kyste est colloïde le contenu de la tumeur s'écoule très difficilement, le volume ne diminue pas d'une façon sensible, on ne perçoit pas de symptômes d'ascite en raison de la petite quantité et de la viscosité du liquide épanché. Le diagnostic est rendu par ce fait très difficile. Olshausen considère dans ces cas le « froissement colloïde » comme un signe de haute valeur.

Le diagnostic différentiel doit être fait avec quelques autres accidents propres aux kystes de l'ovaire.

En premier lieu il faut citer *la torsion du pédicule*, mais c'est là un accident spontané, nous n'avons trouvé au cours de nos recherches aucun fait de torsion consécutive à un traumatisme ; cette notion étiologique suffira par conséquent dans tous les cas à faire le diagnostic.

Il n'en est pas de même des *hémorrhagies intra-kystiques* qui résultent parfois d'une violence extérieure. Mais s'il y a des points communs, douleur, collapsus, il y a aussi des différences, l'hémorrhagie s'accompagne d'une augmentation de volume de la tumeur, non d'une diminution.

L'*ascite* est toujours lente à apparaître, on ne saurait confondre le liquide ascitique avec celui d'un kyste qui se répand presque instantanément dans le péritoine à la suite du traumatisme.

D'après tout ce que nous venons de voir il ressort que le pronostic de la rupture des kystes de l'ovaire est loin

d'être toujours le même et que les conditions qui modifient les symptômes modifient aussi les suites.

Il y a lieu de distinguer le pronostic immédiat et le pronostic éloigné.

Pronostic immédiat. — Nous avons vu que dans un grand nombre de cas l'accident passe inaperçu, nous avons cité à ce sujet l'opinion de Schröder, et de Hoffmeier.

Mais il y a mieux, et beaucoup d'auteurs rapportent des faits de guérison définitive consécutive à une rupture traumatique. Kœberlé (*Dict. de méd. et chirurg. prat.* (Jaccoud) considère ces faits comme nullement exceptionnels. Tel est aussi l'avis de Hüß (*Arch. gén. de méd.* 1857) de Olshausen (*die Krankheiten der ovarien.*, 1886) et des observations de Gairdner, West, Bacher, Barnes, Simpson confirment également le fait.

Est-il indispensable pour que la guérison se fasse que le kyste contienne du liquide séreux ?

Spielberg (*Arch. f. gynec.*, 1870) croit que le contenu des kystes colloïdes eux-mêmes n'est pas très dangereux tant qu'il n'est pas mélangé de substances étrangères ; sang, pus, etc.

Olshausen (*loc. cit.*) dit également : le liquide des kystes colloïdes quand il n'est pas altéré par la présence du pus ou du sang est sans danger pour le péritoine.

On voit assez souvent d'ailleurs, au cours des ovariectomies, le liquide du kyste se répandre dans l'abdomen en plus ou moins grande quantité, malgré les précautions usitées : et cela sans que le pronostic opératoire soit faiblement influencé.

Tel serait également d'après Lair (th. de Lyon 1892) l'opinion de Poncet.

Il est donc avéré que la rupture d'un kyste à la suite d'un traumatisme peut avoir d'heureux résultats.

Il n'en est pas toujours ainsi cependant et à côté des faits précédents il faut faire une large place à d'autres faits qui assombrissent sensiblement le pronostic.

La péritonite est un accident presque fatal toutes les fois que le liquide kystique est purulent. Le liquide des kystes dermoïdes est presque aussi irritant pour le péritoine que le pus lui-même, enfin les liquides gélatineux et colloïdes sans avoir sur le péritoine une action aussi funeste que le pus ou les productions dermoïdes n'en sont pas moins très irritants et la rupture des kystes qui les contiennent est presque toujours suivie d'une péritonite mortelle. C'est du moins là l'opinion de la plupart des auteurs.

Enfin il faudrait se garder de croire d'après Hüe (Th. Paris, 1883) que le liquide séreux soit inoffensif dans tous les cas; fréquemment il provoquerait d'après cet auteur une réaction péritonéale très vive.

La fréquence de la péritonite après la rupture des kystes assombrist beaucoup, on le voit, le pronostic de cet accident. Il est juste de noter cependant que cette péritonite guérit assez souvent.

Nous avons déjà cité plus haut des cas de *mort subite* à la suite de ruptures traumatiques.

Martin (*Traité clinique des maladies de femmes*) dit à ce sujet que dans les cas où la tumeur rompue est grosse il se produit « du choc » et quelquefois la mort

en est la conséquence. Schröder (*loc. cit.*) dit que la pénétration rapide du liquide dans la cavité abdominale détermine des symptômes graves de choc et peut amener la mort brusquement.

Quoi qu'il en soit des explications données le fait demeure acquis et présente un immense intérêt pour le pronostic.

Pronostic éloigné. — Jusqu'ici nous avons envisagé les conséquences immédiates de la rupture il en est de plus éloignées qui présentent un égal intérêt.

Dans les cas heureux où la péritonite guérit, qu'advient-il du kyste ? Très souvent des adhérences se forment entre lui et les organes voisins, ces adhérences peuvent être la cause de douleurs vives, de désordres graves et même de ruptures spontanées dans la suite ; enfin et surtout elles compliquent singulièrement une intervention chirurgicale ultérieure, nous tenons à insister tout particulièrement sur ce dernier point.

On a beaucoup écrit également sur la *récidive* après rupture d'un kyste de l'ovaire, et la plupart des gynécologues, Barnes, Schröder, entre autres la considèrent comme fatale.

Nous voulons également insister sur ce fait, on comprend toute sa valeur lorsqu'il s'agira de discuter l'opportunité de l'intervention chirurgicale à la suite de la rupture des kystes.

Enfin et dans le même ordre d'idée nous voulons faire une mention toute spéciale des faits de *généralisation* relatés par une foule d'auteurs et principalement des faits où le kyste rompu s'est comporté comme la tumeur la

plus maligne semant des cellules néoplasiques sur toute l'étendue de la séreuse péritonéale.

Comme conclusion à ce chapitre pronostic, nous ne saurions mieux faire que de citer quelques statistiques de différents auteurs :

Nepveu faisant la statistique générale des cas qu'il a réunis trouve une mortalité d'environ 50 0/0 : 63 morts sur 127 cas.

Aronson arrive aux résultats suivants : mort 41,13 0/0, guérison 37,66 0/0, amélioration 21,21 0/0.

Tilt sur 34 cas de rupture trouve 10 cas de mort (soit 29 0/0) 20 cas de guérison complète (59 0/0) 4 améliorations (12 0/0).

Nous devons ajouter que dans ces statistiques, les ruptures spontanées et traumatiques ne sont pas séparées.

Nous insistons également sur ce fait que dans tous ces cas on n'est pas intervenu chirurgicalement.

CHAPITRE III

TRAITEMENT

Lorsque chez une femme ayant un kyste de l'ovaire on est arrivé à affirmer que ce kyste est rompu à la suite d'un traumatisme.

1° Faut-il intervenir?

2° Comment faut-il intervenir?

3° Quel est le résultat ordinaire de l'intervention?

Telles sont les trois questions que nous nous proposons d'étudier plus spécialement dans ce travail.

I. — *Indications et contre-indications opératoires.*

Nous avons fait au début de ce travail un rapide exposé des diverses phases par où a passé le traitement des ruptures traumatiques des kystes, nous n'y reviendrons pas ici mais nous rappellerons seulement que l'expectation a été très longtemps en honneur. Il semble même que ç'ait été le seul traitement appliqué jusqu'au milieu de ce siècle. Nous ne saurions en effet ajouter grande attention aux divers traitements médicaux employés à cette époque et qui tous ont pour but soit de provoquer une diurèse abondante soit de calmer l'élément douleur lorsque celui-ci est signalé.

Or que faut-il penser de cette manière de faire ?

On aurait certainement tort de condamner d'emblée l'expectation, car si l'on se reporte aux chapitres précédents, on voit combien souvent la rupture est un accident insignifiant, pourrait-on dire. Les statistiques que nous rapportons plus haut, celles de Nepveu, de Tilt en particulier, donnent un chiffre de guérison fort important, plus de la moitié des cas.

Et cependant si l'on examine de plus près ces mêmes statistiques, et si l'on se souvient de ce qui a été dit du pronostic des ruptures on comprend sans peine que l'expectation ait été peu à peu abandonnée. Nombreux sans doute, sont les faits de guérison, mais on ne saurait escompter d'avance cette heureuse éventualité, mieux vaut avoir présent à l'esprit les cas plus nombreux peut-être de péritonite, de généralisation, de récurrence etc. et chercher à prévenir ces cas par une thérapeutique appropriée.

L'ovariotomie immédiate est aujourd'hui adoptée par tous les chirurgiens. Mais avant de discuter ses indications, il n'est pas inutile de rappeler ici ce qui a été fait avant.

Dès 1856 et 1859, Boinet et Steinthal avaient pratiqué la ponction du liquide épanché après rupture.

Cette méthode dura bien longtemps après eux ; plus tard elle fut perfectionnée grâce aux injections d'eau tiède dont on la fait suivre.

Mais la ponction n'est guère plus recommandable, que l'expectation elle-même. On se trouve en effet en face de deux alternatives; ou bien on a affaire à un liquide

inoffensif pour le péritoine. et alors la ponction est inutile, ou bien ce liquide est très irritant et expose à la péritonite, dans ce cas la ponction la plus minutieuse ne parvient pas à évacuer la totalité de ce liquide.

Il y a mieux, on a observé des cas où à la suite d'une ponction en vertu de la décompression brusque qui s'est faite, il s'est produit dans l'abdomen et dans les parois du kyste en particulier un afflux sanguin considérable qui détermina une sécrétion abondante avec ascite.

Nous ne ferons que signaler l'infection possible de la cavité péritonéale par un trocart septique.

Les injections d'eau tiède après ponction proposées par Mosiman en 1881, constituent sans doute un progrès sur les méthodes anciennes, mais peut-on réellement laver la cavité péritonéale dans tous ses points à l'aide d'une injection à travers un orifice de ponction ? et d'ailleurs comment évacuer par ce moyen la substance colloïde si fréquemment observée et le plus souvent si irritante pour le péritoine ?

Tous ces traitements pouvaient avoir leur raison d'être à une époque où la laparotomie donnait des résultats navrants ; mais actuellement cette discussion n'a presque plus qu'un intérêt historique.

L'ovariotomie est venue à point combler toutes les lacunes des méthodes précédentes, tous les chirurgiens la considèrent aujourd'hui comme le seul traitement des ruptures traumatiques de kystes. Il y a pourtant quelques objections à faire, quelques contre-indications à poser.

La péritonite ou le commencement de septicémie écrit Lawskowski (Th. de Paris, 1867), paraît contre-indiquer

l'ovariotomie ; cependant M. Péan a eu le bonheur de réussir dans un cas désespéré de rupture d'un kyste suppuré.

Depuis cette époque, de nombreuses ovariectomies ont été tentées dans ces conditions et ont été suivies d'un plein succès.

« Pendant longtemps, dit Gros-Fillay, (thèse de Paris « 1874) la péritonite provoquée par l'injection iodée, par « la chute du liquide dans le ventre, ou par l'inflammation « soit spontanée soit traumatique du kyste avait été regar- « dée comme une contre-indication absolue à l'opération. « Depuis quelques années les chirurgiens ont pris le parti « d'opérer non seulement pendant, mais à cause même de « cette complication ».

D'autre part, Barnes, dans son *Traité des maladies des femmes* s'exprime ainsi : « Si le kyste s'est rupturé ou s'il a donné lieu à une hémorrhagie ou à la péritonite, il ne devrait pas y avoir d'hésitation à tenter l'enlèvement de la tumeur qui constitue la source du danger immédiat ».

La péritonite n'est donc pas une contre-indication à l'intervention, elle doit être plutôt envisagée comme *une indication formelle*.

Ce n'est là d'ailleurs qu'une application de la règle générale aujourd'hui admise que la laparotomie est le traitement de la péritonite surtout lorsque celle-ci reconnaît pour cause une plaie d'un organe abdominal.

Mais si la péritonite est une indication en faveur de l'ovariotomie doit-on opérer également en dehors de cet accident, en un mot doit-on opérer dans tous les cas de rupture traumatique sans exception ?

M. Pozzi répond affirmativement et tous les auteurs que nous avons consultés sont de cet avis.

Keith, Duplay, Kœberlé, Spencer Wells, Poulet et Bousquet, Lawson-Tait, Osterloh, Hue, Sebileau nous disent soit que la rupture n'est pas une contre-indication à l'ovariotomie soit qu'elle est une raison d'opérer hâtivement.

Après la rupture d'un kyste, d'une tumeur multiloculaire, dit Emmet, il ne faut pas retarder l'opération plus du temps qu'il est nécessaire pour permettre à la malade de se remettre du choc. Il est d'une bonne pratique dans ces cas d'ouvrir l'abdomen avant que l'inflammation se produise et d'enlever la tumeur ainsi que le contenu du kyste qui s'est rompu et qui s'est écoulé dans la cavité abdominale. C'est là un accident qui se termine presque toujours par la mort par péritonite si on laisse le contenu du kyste dans la cavité abdominale. Ce contenu est essentiellement un corps étranger qui ne peut être résorbé et comme tel détermine de la péritonite et de l'ascite ».

Quelques chirurgiens frappés de la diversité d'action des différents liquides kystiques ont eu l'idée de réserver l'ovariotomie aux cas où le liquide est dangereux. Ils faisaient avant tout une ponction exploratrice, et n'intervenaient que si le liquide était reconnu tel.

Düffner et Gros (de Nancy) critiquent vivement cette manière de faire ; pour ces auteurs en effet il n'est pas de liquide inoffensif, et les liquides séreux eux-mêmes exposent la malade à la péritonite. D'ailleurs, même en l'absence de cet accident, la possibilité d'adhérences à la

suite d'une rupture, la prédisposition à d'autres ruptures créée par une première rupture, enfin la possibilité d'éléments cellulaires disséminés sur le péritoine par ce liquide séreux où ils sont en suspension, constituent tout autant de raison d'intervenir hâtivement.

Demons de Bordeaux (*in. Gaz. hebd. Se. mèd. de Bordeaux* 1896 p. 219) a publié la relation de 3 observations fort instructives de ruptures de kystes consécutives à des manœuvres chirurgicales, il insiste sur la bénignité ordinaire de cet accident et conclut néanmoins d'une façon très formelle à l'intervention immédiate par laparotomie. Cette manière de voir confirme pleinement l'opinion des auteurs précédents.

Enfin, avant de terminer ce chapitre des indications, nous avons à examiner un point très important, celui de savoir si l'on peut opérer pendant une grossesse.

Spencer Wells pratiqua l'ovariotomie après rupture chez une femme enceinte de 4 mois. La malade guérit et la grossesse suivit son cours. (*Lancet*, 1869).

Boinet écrit à ce sujet : « Si on est appelé après la rupture du kyste soit pendant la grossesse, soit sous l'influence du travail il faut encore pratiquer la laparotomie le plus tôt possible et avant l'épuisement de la femme et l'inflammation des viscères abdominaux. »

Hegar et Kaltenbach disent également que même pendant la grossesse, la torsion du pédicule et la rupture de la tumeur sont des indications à une opération immédiate (*die operative gynækologie*. Erlangen, 1874).

Enfin pour Eustache (L'ovariotomie en 1880) en cas

de rupture d'un kyste pendant la puerpéralité l'ovariotomie est le seul traitement à employer.

Toutes les considérations précédentes nous autorisent à conclure nettement avec tous les auteurs modernes que l'ovariotomie est formellement indiquée dans les cas de rupture des kystes ovariens et nous ne pouvons mieux terminer ce paragraphe qu'en citant ce précepte emprunté à Lair : (thèse de Lyon, 1892, *rupture spontanée des kystes de l'ovaire*).

« Si un kyste de l'ovaire s'est rompu dans le péritoine, que cet accident soit suivi oui ou non de phénomènes réactionnels, opérez sans tarder et ne faites pas de ponction préalable. »

II. — *Méthode opératoire.*

Nous n'avons pas l'intention de faire ici la description complète des divers temps de l'ovariotomie (ouverture de l'abdomen, rupture des adhérences et évacuation du liquide, extraction du kyste et ligature du pédicule, toilette du péritoine et occlusion de l'abdomen). Nous voulons insister seulement sur les quelques indications de technique opératoire qui résultent de la rupture d'un kyste de l'ovaire.

Tous les auteurs qui ont décrit l'ovariotomie insistent beaucoup sur les moyens à employer pour éviter l'écoulement du liquide dans le péritoine pendant l'évacuation du kyste. Or, dans les cas de rupture, il existe du liquide épanché dans la séreuse, de là résultent évidemment des indications toutes spéciales en ce qui concerne la *toilette du péritoine*.

Pour les mêmes raisons il faudra discuter également l'opportunité du *drainage* de la cavité péritonéale.

Mais avant d'étudier ces deux points il est quelques préceptes généraux qu'il est bon de rappeler.

Le traumatisme qui vient de provoquer la rupture a en même temps comprimé la tumeur et exprimé en quelque sorte, son contenu dans la cavité péritonéale; dans la crainte de renouveler cet accident on devra être particulièrement sobre d'explorations chirurgicales préopératoires, surtout par le palper.

On ne devra pas oublier en effet que l'action du traumatisme a été bien souvent préparée par une moindre résistance des parois; un palper brutal pourrait donc produire soit une nouvelle déchirure, soit agrandir la première ce qu'il faut éviter à tout prix.

Nous devons à l'obligeance de M. Monod une observation fort instructive que nous plaçons à la fin de cette étude. Chez la malade en question aucun traumatisme n'est signalé comme ayant occasionné la rupture, mais la paroi présente une telle minceur et est si friable en un point, que le plus léger traumatisme, une simple palpation de l'abdomen aurait pu produire une large déchirure.

On épargnera donc à la malade tout mouvement, toute pression, toute palpation inutile.

L'abdomen ouvert, on fermera si c'est possible l'orifice du kyste à l'aide de pinces; puis on ponctionnera la poche comme dans les cas normaux de kystes non rompus pour diminuer son volume et en faciliter l'extraction.

On comprend que bien souvent ce dernier temps de l'opération soit rendu impossible, soit par suite de la situation de l'orifice, soit par suite de la tension et de la friabilité des parois. La ponction en ces cas risque d'exprimer le liquide dans l'abdomen. On n'hésitera pas alors à agrandir l'incision abdominale pour extraire la tumeur sans en réduire le volume, surtout si l'on se trouve en présence d'un liquide épais et gélatineux.

La tumeur enlevée, il faut songer au liquide épanché dans l'abdomen il faut débarrasser le péritoine des produits qui risquent de l'irriter, il faut faire la *toilette péritonéale*.

Olshausen (*die krankheiten der ovarien* 1886) consacre un long chapitre aux divers procédés employés pour arriver à ce résultat.

Nüssbaum, Mac Dowel, Peaslee se contentent, à la fin de l'opération, de placer leur malade dans le décubitus latéral, ou même dans la position gènu pectorale pour vider ainsi l'abdomen, ils ne pratiquent pas de lavages.

Hégar et Kaltenbach expriment le liquide en comprimant l'abdomen des flancs vers la ligne médiane, les chirurgiens anglais aspirent le liquide.

Kœberlé emploie des éponges et tamponne le liquide partout où il a pu s'écouler.

C'est cette dernière pratique qui nous paraît le plus recommandable et en cela nous ne faisons que suivre les préceptes des chirurgiens actuels : ceux de M. Pozzi et de M. Segond en particulier. (*Traité de Gynécologie, Traité de chirurgie*).

Il y a pourtant des réserves à faire. Pozzi écrit dans son *Traité de Gynécologie* :

« Il est démontré aujourd'hui que les liquides réputés très infectants, comme le contenu des kystes, le pus des pyo-salpinx anciens, sont beaucoup moins dangereux qu'on ne le croit communément » et il ajoute plus haut : « on doit être très réservé dans cette toilette du péritoine... on fera un nettoyage très rapide avec des compresses éponges. »

Sans doute le tamponnement avec des éponges est insuffisant lorsqu'il s'agit d'un liquide épais gélatineux, ou de matière colloïde. Dans ces cas on sera obligé de l'extraire soit en saisissant avec les doigts les blocs de matière colloïde, soit en frottant légèrement la séreuse avec des compresses. Mais on ne sera pas toujours sûr alors de faire une toilette très complète, aussi Lair conseille-t-il de « ne pas même chercher à faire cette toilette en raison de l'impossibilité où on serait de la faire complètement ».

Düffner avec Gross de Nancy pense que la toilette doit être faite dans tous les cas.

De son côté, Segond dit expressément : « La toilette « péritonéale doit être faite avec une attention méticuleuse, sans violence, mais très complètement. Pour « ce faire, on inspecte tous les replis de la séreuse et les « parties déclives sont épongées avec soin ».

Il est bon toutefois d'insister avec Olshausen sur la « nécessité d'aller vite » en procédant à cette toilette. En effet un tamponnement trop prolongé expose la malade au choc.

Cette toilette faite, doit-on faire un lavage du péritoine ?

Düffner et Gross de Nancy répondent affirmativement et citent à l'appui de cette opinion Bukam, Keith, Terrillon, Polaillon et Tillaux. Ces auteurs pratiquent ce lavage avec des solutions phéniquées à des degrés divers de concentration. Ythier pense que les solutions phéniquées sont dangereuses et il préfère l'emploi de l'eau bouillie, ou de l'eau distillée. Le lavage fait dans ces conditions mettrait la malade à l'abri de toute élévation thermique et de toute menace de péritonite. Bouilly (*Man. de Path. Ext.*) conseille également les grands lavages à l'eau filtrée et bouillie comme un complément de la toilette du péritoine. Segond (*Traité de chir.*) recommande le lavage dans les cas de rupture de kyste, mais il le condamne dans les cas ordinaires. Enfin, Pozzi est du même avis; il recommande également cette manœuvre « pour combattre la dépression excessive des opérées, le shock. »

On devra, comme le conseille Polaillon, limiter ces lavages à la cavité pelvienne car on peut observer des syncopes consécutives aux lavages portant sur la partie sus-ombilicale du péritoine, la température du liquide employé sera de 37°.

Presque tous les chirurgiens actuellement opèrent les malades dans la position renversée de Trendelenburg : il est bon de se rappeler que les liquides kystiques, par le fait de l'inclinaison du corps ont alors de la tendance à s'accumuler du côté du diaphragme, et pour ne pas avoir à faire de manœuvres répétées d'assèchement, ou des la-

vages dans cette région, on fera bien de replacer l'opérée dans la position horizontale, ce qui amène les liquides épanchés, dans le petit bassin. C'est une pratique constante suivie par M. Guinard et qui paraît rationnelle.

Enfin il est bon de rappeler les expériences de Delbet (*Bull. de l'Acad. méd.* 1889) qui ont prouvé que les lavages enlevaient momentanément au péritoine son pouvoir absorbant, circonstance dont on doit tenir grand compte quand on craint un suintement consécutif.

En résumé nous pensons que si le lavage du péritoine peut rendre de réels services, il est néanmoins le plus souvent inutile sinon dangereux, il faut s'en abstenir en règle générale et le réserver pour les cas exceptionnels où la toilette du péritoine est impossible par les moyens ordinaires.

Ses principaux inconvénients sont :

- 1° La dilution de liquides septiques ;
- 2° Le transport de matières septiques sur des parties saines de la séreuse ;
- 3° La possibilité de syncopes au cours du lavage ;
- 4° L'altération de l'endothélium péritonéal qui diminue son pouvoir absorbant.

Il nous reste à discuter maintenant l'opportunité du *drainage*. Les chirurgiens sont loin d'être d'accord sur ce point.

Il fut tout d'abord employé en 1855 par Peaslee, puis en 1897 par Kœberlé et par Spencer Wells. En 1872 Marion Sims conseilla de drainer dans toutes les ovarioto-mies. Cette exagération, dit M. Pozzi, eut du moins le mérite de montrer l'innocuité du drainage quand il est

entouré de précautions convenables. « En effet, ajoute le même auteur, il faut bien savoir qu'au bout d'un très petit nombre d'heures le drain se trouve pour ainsi dire séquestré par la formation de pseudo-membranes qui l'entourent et qui l'isolent. Ce n'est que si un suintement continuel se fait dans le ventre qu'une cavité où le liquide s'accumule persiste à son extrémité ».

De nombreuses objections ont été faites contre le drainage. On les trouve énumérées dans la thèse de M. Sébilleau.

Les deux plus importantes sont les suivantes :

1° Le drain au lieu d'être une voie d'évacuation pour les liquides secrétés, peut au contraire être une porte d'entrée pour les éléments infectieux.

2° Le drainage à l'aide de tubes ne favorise pas l'écoulement des liquides, car au bout de peu de temps des membranes obstruent les orifices.

M. Segond s'exprime ainsi dans le *Traité de chirurgie*. « Le drainage est un pis-aller dont il faut autant que possible restreindre l'usage. Dans les cas où l'hémotase et la toilette péritonéale ne laissent rien à désirer le drainage est nettement contre-indiqué ».

Pour Labbé (*Arch. de tocologie*, 1881, p. 473) il ne faut drainer que lorsque le péritoine contient une ascite dont on craint la reproduction.

Spencer Wells l'emploie quand par suite de la rupture du kyste on laisse dans l'abdomen du liquide qui peut se décomposer et être une cause d'infection.

Hue pense que le drainage n'est indiqué que s'il y a une exsudation abondante du péritoine.

Sebileau le rejette dans les cas où il n'y a pas d'ascite il le recommande dans les autres cas et préfère le drainage abdominal au drainage vaginal.

Lair conseille le drainage suivant le procédé de Mickulicz dans tous les cas d'ovariotomie après rupture; si le contenu du kyste est colloïde il conseille même d'avoir recours au drainage vaginal.

Schröder rapporte le cas d'une malade dont l'abdomen était rempli de liquide kystique, la malade mourut, le drainage ayant été fait, et Schröder estime que sans drainage elle eût guéri (*Berliner medicinische Gesellschaft*, 1877).

Terrillon ne l'a jamais pratiqué et le croit mauvais (*Rev. chirurg.*, 1885, p. 917).

Enfin d'après Döffner, Gross de Nancy le considère comme superflu lorsque la toilette péritonéale a été faite avec soin. Dans tous les cas opérés par lui, jamais le drainage ne fut pratiqué, néanmoins dans trois cas sur quatre l'opération a été suivie de succès. Dans le quatrième, l'auteur pense que la mort s'explique par une toilette péritonéale insuffisante.

Au milieu d'opinions aussi contradictoires il est assez difficile de tracer une règle de conduite précise, de poser des indications absolues.

M. Pozzi dit qu'après toute laparotomie « la toilette
« du péritoine étant supposée bien faite avec des compres-
« ses-éponges promenées dans toutes les parties déclives
« à l'aide des doigts ou de longues pinces, on n'a pas à
« se préoccuper au point de vue du drainage de ce qui
« reste dans l'abdomen mais seulement de ce qui peut

« s'y former ou s'y déposer ou y séjourner..... On peut
« formuler les indications du drainage de la façon suivante :

« 1° Suintement abondant de sang ou de sérosité redouté après l'occlusion des parois abdominales par suite
« de conditions anatomiques ou cliniques spéciales, le
« pouvoir résorbant du péritoine n'étant pas intact.

« 2° Existence dans la cavité péritonéale d'une surface
« kystique susceptible de fournir des liquides dont la résorption serait funeste ; présence de lésions de péritonite.

« 3° Large déchirure du péritoine agissant comme double facteur : a) source de suintement persistant, b) entrave au pouvoir normal de résorption.

« 4° Longue durée de l'opération et manœuvres laborieuses ayant compromis la tonicité de l'intestin et la vitalité de la séreuse qui le recouvre. »

M. Pozzi n'a en vue, en posant ces indications, que les cas où l'opération est faite régulièrement pour enlever un kyste non rompu.

Il nous semble qu'une indication toute spéciale résulte de la rupture elle-même, puisque plusieurs des conditions qu'il énumère sont réunies à la fois.

On est en effet dans des conditions cliniques toute spéciales après la rupture, car même en opérant hâtivement il peut exister déjà des lésions de péritonite à leur première phase, et le pouvoir résorbant de la séreuse n'est déjà plus intact.

D'autre part la toilette péritonéale aura été forcément à la fois plus laborieuse et plus longue, souvent suivie d'un lavage péritonéal. Or nous avons montré plus haut

que ce sont là de mauvaises conditions opératoires, qui d'après M. Delbet, diminuent considérablement le pouvoir de résorption du péritoine.

Enfin la rupture de la poche rend beaucoup moins aisée son extirpation complète, il peut arriver qu'on soit obligé de laisser des lambeaux déchirés dans l'abdomen.

Pour toutes ces raisons nous considérons le drainage comme d'une très bonne pratique lorsqu'on fait l'ovariotomie après rupture du kyste. Non seulement nous pensons qu'il ne retarde pas d'un jour la guérison mais qu'au contraire il la hâte tout en donnant une grande sécurité à l'opérateur.

Nous ne saurions entrer ici dans les discussions relatives à la meilleure méthode de drainage, abdominal ou vaginal.

Le cul-de-sac de Douglas étant la partie la plus déclive de la cavité pelvienne, il paraît naturel *a priori* de placer un drain en ce point par le vagin.

L'écoulement des liquides se fera facilement dans ces conditions.

Il y a cependant une objection très sérieuse à faire. Le vagin, on le sait, renferme de nombreux microorganismes et l'asepsie rigoureuse est difficile à réaliser par cette voie.

Le drainage abdominal ne lui est d'ailleurs pas de beaucoup inférieur. C'est lui que conseille M. Segond. « Il vaut mieux, dit-il, se contenter du drainage sus-pubien. »

De notre côté nous pensons que c'est par l'abdomen qu'il faut pratiquer le drainage dans l'immense majorité des cas.

On placera le drain dans l'angle inférieur de la plaie, et on l'y laissera de 24 à 48 heures suivant les cas. En aucun cas on ne fera de lavages à travers les drains.

La suture de la paroi et le pansement, seront faits comme dans toute ovariectomie. Aucune indication spéciale ne résulte du fait de la rupture.

III. — *Pronostic de l'intervention.*

Nous n'avons nullement en vue dans ce dernier paragraphe le pronostic de l'ovariectomie en général. Notre but est tout autre. Nous voudrions simplement mettre en regard les résultats de l'ovariectomie pratiquée dans des conditions normales et ceux obtenus lorsqu'on intervient chez une femme dont le kyste vient de se rompre sous l'effort d'un traumatisme.

Nous ne disposons malheureusement que d'un nombre bien restreint d'observations pour tirer des conclusions générales, aussi les avons-nous rapprochées d'autres observations publiées ailleurs.

Enfin nous avons consulté les divers ouvrages parus sur la même question, et nous allons passer en revue les diverses opinions émises avant d'exposer le résultat de nos propres recherches.

Nous avons suffisamment insisté dans les chapitres précédents sur le pronostic de la rupture des kystes de l'ovaire en dehors de toute intervention, nous avons montré que les conditions qui modifient les symptômes de cet accident en modifient aussi les suites, mais que cependant d'une manière générale le pronostic n'est pas particulièrement grave.

C'est là un point sur lequel nous revenons ici à dessein.

Même dans les cas où la péritonite survient comme complication secondaire elle n'est en général pas aussi grave que dans une foule d'autres circonstances. Sur un total de 143 ruptures non traitées chirurgicalement que Düffner cite dans sa thèse, il signale les chiffres suivants :

65 guérisons soit 45 0/0.

78 morts soit 55 0 0.

Nous avons recherché également l'influence de la puerpéralité sur le pronostic des ruptures et nous avons trouvé dans le même auteur une mortalité de 77 0, 0.

Dans ces chiffres rentrent en bloc tous les cas, même ceux dans lesquels une péritonite s'est déclarée.

Voyons comparativement les chiffres fournis quand une intervention par laparotomie immédiate a eu lieu.

Nous devons rappeler tout d'abord que les premiers chirurgiens qui ont pratiqué l'ovariotomie dans les cas de rupture sont presque toujours intervenus non pas pour la rupture elle-même mais le plus souvent à cause des accidents péritonéaux dus à la rupture.

Le plus souvent aussi l'intervention a été tardive (4, 5 et même 12 jours après le traumatisme).

Il est évident que les statistiques faites dans ces conditions sont moins favorables.

Elles le sont évidemment beaucoup plus aujourd'hui où l'intervention a lieu dans tous les cas et immédiatement.

Spencer Wells dit que sur 500 ovariectomies qu'il a pratiquées, 12 d'entre elles avaient été précédées de rupture.

Or sur ce chiffre il a obtenu :

11 guérisons complètes et définitives.

1 mort.

Mundé a pratiqué 35 ovariectomies après rupture de la poche et dans tous ces cas il est intervenu soit parce qu'une péritonite s'était déclarée, soit parce que le kyste était suppuré ; or malgré ces conditions particulièrement défavorables il a obtenu :

33 guérisons complètes.

2 morts.

Duplay rapporte que sur 39 cas d'ovariotomies faites dans des circonstances fâcheuses « le péritoine étant enflammé à un degré variable et renfermant même une partie plus ou moins considérable du contenu de la tumeur » il compte ;

34 succès (guérison définitive).

5 morts.

Knowsley Thornton sur 400 ovariectomies qu'il a pratiquées compte 40 cas où le kyste était rompu soit spontanément, soit par action traumatique. Sur ce chiffre il a obtenu :

37 guérisons durables.

3 morts.

Düffner a recueilli dans sa thèse 70 cas où l'ovariotomie fut pratiquée pour rupture du kyste. Sur ces 70 cas il compte :

55 guérisons, soit 79 0/0.

15 morts, soit 21 0/0.

Et il ajoute : « La plupart des cas de morts s'expliquent par l'affaiblissement considérable de la malade

avant l'opération ou par la généralisation de la tumeur au péritoine ».

Plusieurs des observations rapportées par cet auteur montrent que la guérison peut être obtenue même dans les cas les plus désespérés.

Dans un cas il s'agit en effet d'une malade chez qui on trouva « l'intestin baignant dans un pus épais et fétide ».

Dans une autre observation la péritonite s'était déclarée d'emblée avec des symptômes si alarmants qu'on avait pensé au premier abord à une perforation intestinale consécutive au traumatisme.

Néanmoins la guérison fut obtenue dans ces deux cas.

La grossesse doit-elle être considérée comme un élément défavorable dans le pronostic de l'intervention ? C'est là une question importante qu'il faut envisager.

Nous voyons dans une observation rapportée par Battmann, que Spencer Wells pratiqua l'ovariotomie après rupture chez une femme enceinte de quatre mois. Or non seulement la malade guérit complètement mais la grossesse suivit son cours normal et la malade accoucha à terme.

Boinet qui dans les cas habituels de rupture conseille l'expectation ou permet tout au plus la ponction, fait de la grossesse une indication opératoire précise ! Si on est appelé après la rupture du kyste, dit-il, soit pendant la grossesse, soit sous l'influence du travail, il faut pratiquer la laparotomie le plus tôt possible et avant l'épuisement de la femme ou l'inflammation des viscères abdominaux.

Sans doute en parlant ainsi Boinet se place à un point de vue particulier s'il conseille la laparotomie c'est avant tout pour ouvrir l'utérus et sauver l'enfant dont l'expulsion par les voies naturelles est compromise.

Mais il va de soi qu'il profiterait de l'ouverture du ventre pour pratiquer l'ablation du kyste et débarrasser en même temps le péritoine du liquide qui s'y est déversé.

Il estime, d'après sa propre expérience, que c'est là une bonne pratique qui lui a donné les meilleurs résultats. D'après des statistiques déjà anciennes rapportées par Rémy on a constaté :

Sur 67 ovariectomies faites au cours de la grossesse.

13 fois une interruption de la gestation et la mort de la femme.

22 fois l'avortement et la guérison.

32 fois l'accouchement à terme et la guérison.

En d'autres termes 19 0/0 de morts pour la mère et 52 0/0 de morts pour l'enfant. Les résultats se sont bien améliorés depuis. Sur 36 cas opérés par L. Tait, Spencer Wells et Schröder il n'y a eu qu'une seule mort.

Dans l'immense majorité des cas, la vie du fœtus est aussi sauvegardée et la grossesse continue.

Nous rapportons ces statistiques bien que le fait de la rupture du kyste ne soit pas mentionnée. Mais d'après ce que nous avons dit précédemment on est autorisé à conclure que l'ovariotomie pour kyste rompu ne doit pas être beaucoup plus grave que s'il s'agit d'un kyste entier.

Il faut retenir toutefois que le traumatisme qui a produit la rupture peut être une cause d'avortement par lui-

même sans qu'il faille mettre cet accident sur le compte de l'acte opératoire.

Toutes les données précédentes concordent parfaitement avec les faits que nous avons nous-même observés.

Dans l'une des premières observations qui se trouve rapportée à la fin de ce travail et que nous devons à l'obligeance de M. Monod ; la malade a guéri exactement dans les mêmes conditions que si son kyste n'eût point été rompu, il semble que cet accident n'ait pas retardé d'un jour la marche de la guérison.

Dans 2 des 3 autres observations inédites qui précèdent et qui nous ont été aimablement fournies par M. Guinard, les accidents consécutifs à la rupture avaient été si légers que le diagnostic de cet accident était resté douteux. L'ovariotomie est pratiquée dans les deux cas, à l'ouverture de la paroi on trouve l'intestin baignant dans un liquide muqueux abondant.

On procède à l'opération de la façon que nous avons dite et les 2 malades guérissent rapidement sans aucun incident comme si l'on eût opéré un kyste non rompu dans les conditions les plus favorables.

Les autres observations que nous avons placées à la fin de cette étude ne sont pas moins favorables au point de vue des suites opératoires.

Dans tous les cas opérés immédiatement la guérison a eu lieu sans exception.

Dans une observation de Emmet (obs. VII) il s'agit même d'une malade opérée quatorze jours seulement après le traumatisme qui détermina la rupture et malgré cela la guérison est obtenue.

En raison de ces faits nous nous croyons autorisés à conclure avec tous les auteurs que nous avons cités plus haut à la bénignité du pronostic opératoire.

Nous dirions volontiers que les suites opératoires de l'ovariotomie sont presque les mêmes soit que le kyste soit intact soit qu'il soit rompu.

Nous pourrions en terminant envisager également les suites éloignées de l'opération, mais   vrai dire elles sont les mêmes dans les deux cas soit qu'on intervienne pour un kyste intact ou pour un kyste rompu et c'est à ces derniers seulement que nous voulons borner ce travail.

CONCLUSIONS

Les kystes de l'ovaire sont exposés à se rompre sous l'influence d'un traumatisme.

Tantôt le traumatisme est direct (coups, chute) tantôt il est interne (contraction violente du diaphragme etc : rire, vomissement etc.). Tantôt il consiste simplement en une manœuvre chirurgicale (palpation, brossage de la paroi abdominale avant d'opérer etc.).

Le plus souvent ce sont les kystes multiloculaires qui se rompent sous cette influence.

Souvent un travail destructif des parois a préparé la rupture.

Les symptômes de cet accident loin d'être toujours bruyants sont souvent nuls et le diagnostic est très difficile dans ces cas.

On doit toujours intervenir chirurgicalement dans les cas de ruptures consécutives à un traumatisme.

L'ovariotomie est la seule intervention rationnelle. On doit intervenir le plus tôt possible après la rupture. Une péritonite au début est une raison de plus d'intervenir. La grossesse n'est point une contre-indication à l'intervention. Au cours de l'opération il faut faire très minutieuse-

ment la toilette du péritoine avec des compresses-éponges.

Le lavage du péritoine est inutile en général, il peut être dangereux. Il est bon de laisser un drain dans l'angle inférieur de la plaie abdominale.

L'ovariotomie^a pratiquée pour la rupture d'un kyste à la suite d'un traumatisme n'a pas de suites sensiblement plus graves que la même opération pratiquée pour un kyste intact.

La puerpéralité elle-même, n'aggrave pas notablement le pronostic opératoire, du moins pour la mère.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Inédite).

Volumineux kyste multiloculaire de l'ovaire. Rupture du kyste par le massage. Ovariectomie. Guérison (par le Dr Guinard).

En décembre 1895, je suis appelé par le Dr Lesage auprès d'une malade âgée de 54 ans, Mme A..., qui porte depuis deux ans une volumineuse tumeur abdominale. Cette tumeur est très dure et plusieurs chirurgiens ont pensé à un fibrome utérin. Au moment où je la vois, le doute n'est plus permis, car elle est nettement fluctuante à droite de la ligne médiane, au niveau d'une bosselure apparue récemment. Je conseille la laparotomie.

Les jours suivants la malade, circonvenue par des voisins se met entre les mains d'une femme qui lui promet de la guérir par le massage. A la treizième séance, l'imprudente masseuse sent une partie de la tumeur fuir sous ses doigts : la malade est prise dès le soir de vomissements avec douleurs abdominales vives. Le 29 septembre, 48 heures après cet incident, je pratique la laparotomie et je trouve les intestins baignant dans un liquide chocolat, visqueux, très épais. Une poche est flasque et rompue : le reste du kyste est aréolaire et pèse *trente-cinq kilogrammes*. Je place un drain dans l'angle inférieur de la plaie

après avoir essuyé avec soin les anses intestinales avec des tampons secs. Le drain put être enlevé au bout de 24 heures et la guérison est parfaite et se maintient actuellement. (Malade revue en mai 1898, 2 ans 1/2 après l'opération.)

OBSERVATION II (Inédite).

Kyste dermoïde de l'ovaire ouvert dans le colon.

Le 20 juillet 1893, M. Guinard est appelé par le Dr Lallot (de Saint-Pourçain), à voir une malade habitant Ceyssat dans l'Allier. Cette femme âgée de 37 ans, porte depuis 15 ans une tumeur dans le ventre. Malgré les avis du Dr Lallot qui avait depuis longtemps conseillé une laparotomie, la malade avait suivi les avis d'autres médecins qui avaient diagnostiqué à tort une tumeur fibro-kystique de l'utérus et avaient rejeté toute intervention chirurgicale.

Quand le Dr Guinard voit la malade, elle est depuis deux ans au lit et ne peut se lever qu'au prix des plus vives douleurs. Elle a eu deux enfants qui vivent encore : l'un a 16 ans, l'autre 15 ans. C'est à la suite de sa dernière couche qu'elle a commencé à souffrir dans le ventre : mais ce n'est que depuis 4 ans que son ventre a commencé à grossir. Les règles ont toujours été abondantes et depuis deux ans ce sont de véritables ménorrhagies qui affaiblissent beaucoup la malade. Elle est dans un état de maigreur et de cachexie ovarienne extrêmement prononcées. Néanmoins M. Guinard l'engage à venir au plus tôt à Paris. Il porte le diagnostic de kyste dermoïde de l'ovaire (à cause de la lenteur de l'évolution du kyste, des douleurs spontanées si vives et du jeune âge de la malade).

La malade arrive le 10 août 1893 à Paris : elle est prise aussitôt de vomissements verdâtres et de diarrhée incœrcible. En examinant ses matières on s'aperçoit qu'elles sont constituées par un liquide grisâtre, puriforme, infect, contenant des paquets de cheveux en quantité considérable. Le diagnostic de kyste dermoïde est donc vérifié : et il est clair que c'est le long voyage en chemin de fer qui a déterminé la rupture du kyste dans l'intestin.

Sur les instances de la famille, M. Guinard se décide à intervenir malgré l'état précaire de la malade.

L'opération est faite le 21 août 1893. Le kyste principal siège dans l'ovaire gauche et s'ouvre largement dans le côlon transverse à sa partie moyenne. Le côlon est séparé avec peine de la poche, et de nombreuses sutures intestinales à la soie ferment la solution de continuité. La tumeur peut alors être enlevée malgré des adhérences multiples aux anses de l'intestin grêle. Dans l'ovaire droit on trouve aussi un kyste dermoïde du volume d'un œuf de dinde : on l'enlève rapidement. La malade succombe quatre heures après l'opération qui avait duré une heure et demie.

OBSERVATION III (Inédite).

Mme D..., Céline, 50 ans, journalière, entre le 30 avril 1898 à Lariboisière, salle Elisa Roy. Depuis plusieurs années la malade a vu son ventre grossir progressivement. D'abord elle n'éprouvait aucune gêne ou aucune douleur de ce fait. Dans le courant de l'année dernière elle a commencé à souffrir dans le bas-ventre et dans les reins.

Toujours bien réglée, depuis l'âge de 15 ans la malade a « cessé de voir » il y a 4 ans et attribuait les symptômes qu'elle présentait à son « retour d'âge. »

L'année dernière elle vint à la consultation, on fit le diagnostic de kyste de l'ovaire et on lui conseilla une opération qu'elle refusa. Depuis lors elle a vaqué à ses occupations malgré son mauvais état général et le volume de son ventre ; lorsqu'il y a quelques jours en montant en omnibus elle fit une chute sur le ventre.

En rentrant chez elle, elle fut frappée du changement de forme de son abdomen, en même temps elle éprouvait des sensations nouvelles quoique peu douloureuses, dans le bas-ventre.

À son entrée à l'hôpital elle est très affaiblie, elle présente à un haut degré le facies ovarien, et le teint cachectique.

Son ventre est plutôt étalé comme dans l'ascite. De plus en faisant prendre différentes positions à la malade on constate que le ventre change de forme, et les points mats deviennent sonores ou réciproquement suivant que la malade est couchée sur le côté gauche ou sur le côté droit.

Le 3 mai 1893. — Laparotomie. Dès que le péritoine est ouvert, issue d'une très grande quantité de liquide, épais, filant, gris sale provenant d'une poche kystique rompue. Une fois tout ce liquide évacué, on trouve la poche qui est très adhérente à l'épiploon et à l'intestin en arrière. On détache ces adhérences, et on place un double fil de soie sur le pédicule, très près de la corne gauche de l'utérus.

Le pédicule est du volume de deux pouces, l'utérus a un petit fibrome sur son fond, du volume d'une noisette.

Rien dans les annexes droites qu'on laisse en place.

Le péritoine et quelques anses intestinales sont rouges, comme si la rupture du kyste remontait déjà à quelques jours. On est obligé de faire baisser la table pour évacuer complètement le liquide qui remontait du côté du diaphragme.

Les suites opératoires sont excellentes. Dès le second jour la malade peut s'alimenter légèrement, sa température reste absolument normale ainsi que le pouls. Le facies, la langue sont bons.

Le 20 mai la malade sort guérie.

OBSERVATION IV (Inédite).

(Recueillie dans le service de M. Monod par les soins de M. Blanc).

Madame N..., 29, ans entre salle Cruveilhier le 10 mai 1898, pour « une tumeur abdominale ». Réglée à 15 ans toujours régulièrement, elle n'offre dans ses antécédents rien qui mérite d'être retenu. Elle raconte seulement que depuis un an son ventre grossit.

Mariée il y a six mois, après son mariage elle a éprouvé à plusieurs reprises quelques vagues douleurs dans le ventre et dans les reins, en même temps que survenaient sans cause apparente des vomissements. Elle s'est cru enceinte d'autant plus que le volume du ventre allait croissant. Un médecin consulté l'envoie à l'hôpital avec le diagnostic de tumeur maligne de l'ovaire gauche. »

Etat actuel. — Le ventre est nettement augmenté de volume éveillant par sa forme étalée plutôt l'idée d'une ascite que d'un kyste de l'ovaire. La palpation et la percussion donnent des renseignements d'une interprétation délicate. La main perçoit

d'abord une fluctuation très nette, le flot paraissant se transmettre franchement d'une fosse iliaque à l'autre. En même temps il existe dans la fosse iliaque gauche des masses dures irrégulières que l'on arrive à sentir facilement en déprimant brusquement la couche liquide qui les sépare de la paroi. On a ainsi une sensation analogue à celle que donne le ballotement fœtal. Enfin sur la ligne médiane et du côté gauche, la main profondément rencontre une résistance vague, faisant penser à une poche kystique mal tendue, à parois minces. A la percussion on trouve une matité complète qui remontant jusqu'à l'ombilic occupe l'hypogastre et la fosse iliaque gauche. Cette matité ne paraît pas se modifier sensiblement quand on fait tourner la malade du côté opposé. Dans la fosse iliaque droite existe une sonorité presque complète qui disparaît et prend les caractères de la submatité quand la malade se tourne sur le côté droit.

En dehors de ces signes physiques abdomino-pelviens, la malade ne présente aucune autre particularité qui mérite d'être signalée. Le toucher et l'examen au spéculum sont complètement négatifs.

L'état général est excellent; ni douleurs, ni fièvre, ni troubles menstruels. Les seuls signes fonctionnels accusés par la malade consistent, nous l'avons dit au début, en quelques tiraillements dans les reins et dans le ventre.

Le diagnostic porté est : kyste de l'ovaire avec épanchement ascitique; quelques réserves au point de vue tumeur maligne.

Le 20 mai 1895. — Laparotomie sous-ombilicale. Le péritoine aussitôt fendu laisse s'écouler un liquide jaunâtre, sucre d'orge, de consistance huileuse tenant à la fois et du liquide kystique et du liquide ascitique. Plongée dans ce liquide, apparaît une

masse kystique volumineuse dont les parois tremblantes sont mal tendues et peu épaisses. Ponction de cette poche au gros trocart, et extraction de la masse hors de l'abdomen. Clamp sur le pédicule, ligature à la soie, toilette de la cavité pelvienne. L'intestin et le péritoine pariétal paraissent rougeâtres, irrités. Mickulicz, sutures.

L'examen des pièces montre qu'il s'agit bien d'un kyste multiloculaire de l'ovaire (Epithélioma mucoïde de Malassez) avec trois grandes poches principales et toute une multitude de petits kystes à des stades divers de leur évolution.

Une des grandes poches est affaissée sur elle-même, vide, et au centre, en un point aminci on aperçoit une perforation, des dimensions d'une lentille, par où le contenu kystique a fait irruption dans la cavité péritonéale. Ce contenu est un liquide jaune sucre-d'orge, épais, gélatiniforme, plus consistant que le liquide trouvé dans le ventre.

Le 21 mai. — La malade ne se plaint d'aucune douleur, son état est des plus satisfaisants, le pouls bat 81 pulsations, la température est 37°,4, la langue et le facies sont bons.

Le 22 mai. — La malade demande à manger son état continue à être excellent. Le Mickulicz est retiré, il est légèrement imprégné de sang mais ne contient pas de sérosité, encore moins de pus.

Le 9 juin. — La malade se lève, elle demande à quitter le service.

OBSERVATION V

Buckham. (*Amer. Jour. of obstetrics* 1879, XII, p. 326.

Chute, coups sur le côté contre le marche-pied d'une voiture.

La malade remarqua immédiatement un changement de position du kyste et conclut à sa rupture.

Opération trois jours après : tumeur multiloculaire pesant 29 livres, substance colloïde dans le péritoine. Lavage à l'eau phéniquée à 90°. Fahrenheit.

L'orifice de rupture était au-dessous du point contus et ecchymosé.

Les suites de l'intervention ne sont point mentionnées.

OBSERVATION VI

Polaillon. (*Acad. de méd. Séance du 27 août 1889*).

Kyste multiloculaire rompu à la suite d'un très léger effort. On pratiqua immédiatement l'ovariotomie et la malade guérit. Dans un autre cas Polaillon trouve un kyste rompu dont le contenu myxomateux avait continué à vivre et à proliférer au milieu des anses intestinales sans troubler les fonctions des viscères.

OBSERVATION VII

Emmet (*La pratique des maladies des femmes*, 1887, p. 697).

Mme L..., 33 ans, atteinte de kyste ovarique. Le 11 octobre 1868, la malade s'étant proménée en voiture, tomba dans le collapsus. Polyurie pendant plusieurs jours, puis ascite qui fut ponctionnée quatre mois après.

Le 29 octobre 1868. — Elle fut opérée. Le péritoine étant enflammé et contenait une quantité considérable de liquide. Un trocart de Wells fut introduit dans la tumeur, mais il ne s'écoula aucun liquide avant qu'on eût malaxé le contenu colloïde et analogue à de la gelée. Le liquide qui s'écoula alors changeait d'aspect à mesure qu'on ponctionnait un kyste après l'autre. Guérison.

OBSERVATION VIII

Péan (*Gaz. des hôpit.*, 2 décembre, p. 565).

Mme Ch., à l'âge de 20 ans, la malade constata l'existence d'une tumeur. De 1860 à 1864, elle consulta Spencer, Wells, Kœberlé, Nélaton, puis Demarquay et Richard. En 1867, au mois d'octobre, la tumeur se rompit à la suite d'une course à pied. Pas de péritonite, résorption complète du liquide. En 1869, nouvelle rupture.

Le kyste était alors moins gros qu'à la première rupture, la malade resta alitée pendant une semaine. En janvier 1870, troisième rupture, le kyste était encore moins volumineux qu'à la

deuxième, la malade garda à peine le lit. Le 1^{er} juin 1870, Péan opéra la malade. Les adhérences empêchèrent l'ablation totale. On fit une extirpation partielle et le kyste fut suturé à la paroi abdominale.

fistule persista très longtemps.

OBSERVATION IX

Goodell. (*Amer Jour. of obstetrics*, 1881, T, 44, p. 684).

46 ans. Le kyste se rompit quatre fois. La première rupture eut lieu au moment où la malade se baissait pour soulever un objet un peu lourd. Disparition de la tumeur, douleurs, polyurie pendant plusieurs jours. Plusieurs ponctions. Ovariectomie. Légère adhérence à l'épiploon, liquide limpide, guérison. Le kyste était sans doute para-ovrique sans qu'on puisse l'affirmer.

OBSERVATION X

Knowsley-Thornton. (*Transact. of the path. Society*, T. 28, p. 189).

41 ans. Tumeur de l'ovaire droit. Un jour en allant un peu précipitamment ouvrir une porte, la malade éprouva une sensation de quelque chose qui se rompait. Elle rendit pendant plusieurs jours une grande quantité d'urine claire et limpide. L'abdomen devint plat et dépressible. La tumeur disparut en grande partie. Une masse nodulaire apparut dans le cul-de-sac de Douglas. La tumeur ovarienne augmenta de nouveau. Opération. Plusieurs poches dont une grande contenait des végétations papillomateuses. Nodules durs sur le péritoine. La masse du cul-de-sac de Douglas était l'autre ovaire devenue kystique.

OBSERVATION XI

Doutrelepont. (*Berliner klinische wochenschrift*, 1883, n° 22).

Demoiselle de 37 ans, délicate, maigre, nerveuse, hémophile. Opération le 18 novembre 1884. Au moment d'inciser le péritoine on ne sentit plus le kyste. La percussion ne donne plus de matité mais la sonorité intestinale dans tout l'hypogastre. Le kyste avait dû se rompre et la rupture avait dû avoir lieu pendant que la malade se rendait à la salle d'opération ou pendant l'anesthésie. La malade n'avait rien ressenti. La poche rompue avait des parois minces. En un point particulièrement mince elle présentait deux petites ouvertures. Hémorrhagie sur la ligne de suture environ un mois après l'opération. Guérison.

OBSERVATION XII

Spencer Wells (Tumeurs de l'ov. et de l'utérus, 1883, p. 117).

Demoiselle de 29 ans, kyste simple. Malgré le volume de son abdomen elle était entrain de danser quand tout à coup elle pousse un cri, pâlit et tombe. Le lendemain elle commençait à évacuer par l'urèthre une grande quantité de liquide, environ 15 à 20 litres pendant trois ou quatre jours, jusqu'à ce que l'abdomen eût repris son volume normal.

Le liquide se reproduisit, et quelque temps après, un jour qu'elle allait monter dans un omnibus elle tomba sur le ventre. Peu à peu une diurèse profuse s'établit et le volume diminue comme auparavant.

Cinq ans après elle continuait à se bien porter.

OBSERVATION XIII

Simpson (Cliniq. obst. et gynec., 1874).

Un jour d'hiver la malade glissa en marchant sur une route glacée et heurta violemment la tumeur qui se rompit. Depuis cette époque la tumeur est plus petite, elle n'augmente plus et ne nécessite plus de ponction. Pendant plusieurs mois la malade éprouva une diaphorèse abondante, d'autant plus étrange que depuis plusieurs années elle ne transpirait plus.

La sécrétion urinaire qui était troublée et diminuée est devenue régulière.

OBSERVATION XIV

Bird Hérath (Arch. gén. méd., 1848).

Femme 23 ans, accouche prématurément d'un enfant mort au mois de mars 1845. Une quinzaine de jours après elle aperçut une tumeur du volume d'une orange occupant la fosse iliaque droite. Cette tumeur augmenta lentement et devint douloureuse. Il y a onze semaines la malade fit une chute. Syncope, vomissements, symptômes d'affaiblissement général.

Les accidents aigus disparurent rapidement, mais il persista de l'ascite et des douleurs. L'ascite se résorba lentement et fut remplacée par le l'œdème des extrémités inférieures.

Quand Hérath vit la malade il la trouva dans un état de faiblesse extrême; œdème jusqu'à la région lombaire, ventre très sensible.

Matité dans les régions pubiennes et iliaque droite. Pouls

164, presque imperceptible, face anxieuse. évacuations alvines involontaires, fétides. Mort deux jours après. La paroi abdominale et les intestins étaient liés entre eux par des adhérences noirâtres et gangréneuses. En un point de l'abdomen une cavité circonscrite par des adhérences contenait un liquide séro-purulent. Du côté droit se trouvait un kyste contenant également un liquide séro-purulent, de la matière grasse et des cheveux.

Il présentait à la partie supérieure une déchirure de $\frac{3}{4}$ de pouce de longueur.

OBSERVATION XV

Tillaux (Soc. de chirurg. Séance du 8 octobre 1879).

Il s'agit d'une femme de 34 ans que j'ai opérée le 30 mai aux environs de Paris.

Le kyste était assez volumineux puisqu'il contenait 12 litres de liquide et avait été ponctionné plusieurs fois. Mais en interrogeant la malade, j'appris que ce kyste avait deux fois disparu spontanément, et d'après les détails donnés par la malade, le kyste s'était vidé dans la vessie. Je rencontrai donc un cas de kyste déhiscent dans la vessie, cas qui ne sont pas très rares et dont j'avais eu il y a peu de temps l'occasion d'observer un exemple dans mon service où l'on avait apporté une malade présentant des symptômes de péritonite aiguë.

Cette femme racontait qu'elle avait une bosse dans le ventre qui s'était rompue la veille. La guérison fut complète.

Ma seconde malade fut moins heureuse puisque le kyste se rompit de nouveau, et je me décidai à pratiquer l'ovariotomie.

L'opération fut pratiquée par le procédé ordinaire avec le pansement de Lister dans toute sa pureté ; je ne rencontrai quelques adhérences qu'à la partie antérieure, que je détruisis facilement ; mais lorsque je fis basculer le kyste en avant, je m'aperçus que j'entraînais la vessie.

Il me fut impossible de séparer cette adhérence, il existait une fusion complète de la paroi postérieure de la vessie et du kyste. Je fendis alors le kyste et avec des ciseaux je découpai la portion de la paroi du kyste adhérente à la vessie ; je laissai ainsi une véritable pièce à la paroi postérieure de la vessie.

Cette portion de la paroi était tellement vasculaire qu'il me fallut presque une demi-heure pour obtenir une hémostase complète.

Malgré ces deux circonstances particulières, débiscence du kyste dans la vessie et adhérence si intime du kyste et de la vessie que je fus forcé de laisser un morceau de la paroi du kyste, la guérison ne présenta aucun accident et j'obtins une réunion totale par première intention.

Nous avons tenu à rapporter cette observation, bien qu'il s'agisse de ruptures spontanées, car elle est des plus instructives et vient à l'appui de ce que nous avons dit au sujet de l'intervention, en particulier de ses suites heureuses.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

- AUVARD. — Traité pratique de gynéc., 1892.
- BACOU. — Trait. des kystes de l'ov. par la ponction. Th. de Paris, 1883.
- BARNES. — Traité des maladies des femmes, 1876.
- BARTSCHER. — Monatsschrift f. Geburtskunde und Frauenkrankheiten, 1855.
- BOECHEL. — Gaz. méd. Strasbourg, 1861.
- BOINET. — Traité des maladies des ovaires, 1877.
- BOINET ET FERRAND. — Dict. encycl. des sciences méd. (Dechambre), 1884.
- BOIVIN ET DUGÈS. — Traité prat. des maladies de l'utérus, 1883.
- BOURSIER. — Gaz. hebd. d. Sc. Méd. de Bordeaux XVIII. 76. 1897.
- BRAUN. — Th. de Nancy, 1890.
- CASTANEDA Y TRIANA. — Kystes des ligaments larges. Th. de Paris, 1882.
- CAUCHOIS. — Soc. chirurg. 12 août, 1885.
- CHURCHILL. — Traité prat. des mal. des femmes, 1866.
- COLRAT. — Lyon méd. p. 587, 1879.
- COURTY. — Traité des mal. de l'utérus, des ovaires et des trompes, 1881.

- O. CONNOR. — Ruptured multilocular ovarian cyst : opération recovery. New-Y. méd. LXV, 1897.
- DELBET. — Suppur. pelv, chez la f., 1891.
- DELORE. — Trait. des K. de l'O. par le drainage abdomino-vaginal, 1876. Bull. Soc. chir., p. 190.
- DOUMAIRON. — Th. Strasbourg, 1868.
- DUFFNER. — Rupt. et perf. des K. de l'ov. Th. de Nancy, 1893.
- DUPLAY. — Indicat. et contre-indicat de l'ovariot. dans le trait. des k. de l'ov. Arch. gén. méd., p. 20, 1879.
- EMMET. — La pratique des mal. des femmes, 1887
- DEMONS. — Rupt. à la suite d'une expl. chirurg. Gaz. heb. Sc. Méd. Bord., p. 219, 1896.
- EUSTACHE. — L'ovariotomie en 1881.
— Arch. de tocologie, 1881.
- FOLLIN ET DUPLAY. — Traité élém. de path. ext.
- GAILLARD THOMAS. — Traité clin. des mal. de f. 1879.
- GALLARD. — Leçons clin. sur les mäl. des ov. 1886.
- GALLEZ. — Hist. des k. de l'ov. 1873.
- GROGNOT. — Th. de Paris, 1877.
- GROS-FILLAY. — Indic. et contre-indic. dans le trait. des kystes de l'ov. Th. Paris, 1874.
- HÉGAR ET KALTENBACH. — Die opérative gynécologie, 1874.
- HEITZMAN. — Ueber rupt. ovarial cysten. Allg. Wiener. méd. zeit. 1889, p. 45.
- HERMANN. — Supp. et évac. des kystes dermoïdes. arch. locol. 1886, p. 178.
- HOFMEIER. — Man. gynéc. oper. 1889.
- HUE. — Périt. généralisée, compliquant les kystes, Th. Paris, 1883.
- KEITH. — Case of burst ovarian cyst. Lancet, 1877, p. 740.
- KOEBERLÉ. — Dict. méd. et chir. prat. (Jaccoud).
- KOEBERLÉ. — Gaz. méd. Strasb. 1876.
- LABBÉ. — Lec. cliniq. chir. 1876.

LABBÉ. — Du drainage dans ovariotomie. Acad. méd. 30 nov.
1880.

LAIR. — Rupt. spont. des kystes dans péritoine. Th. de Lyon,
1892.

LANNELONGUE. — Leç. cliniq. chir. 1888.

LAROYENNE ET SOLLER. — Lyon médical, avril 1882.

LASKOWSKI. — Hydropisie enkystée de l'ov. et son trait. chir.
Th. Paris 1867.

LAWSON TAIT. — Traité des mal. des ov.

LE BEC. — Suites éloignées de l'ovariotomie Arch. gén. méd.
1882, p. 49.

LE FRANC. — Thèse Nancy, 1886.

MARTIN. — Traité cliniq. des mal. des femmes.

MANNOIR. — Trait. des kystes de l'ov. Th. de Paris, 1861.

MÉHU. — Sur les liquides extraits des kystes de l'ov. Arch. gén.
méd. 1881, p. 247.

MIGNON. — Trait. des kystes de l'ov. par la voie vaginale. Th.
Paris, 1878.

NEPVEU. — Rupt. des kystes de l'ov. dans le péritoine. Ann.
gynécol. 1875, p. 14.

OLSHAUSEN. — Die krankheiten der ovarien, 1886.

OSTERLOH. — Soc. gynécol. Dresde, avril, 1883.

OVION. — Manuel opérat. de l'ovariotomie. Th. Paris, 1880.

PÉAN. — Leçons cliniq. chirurg., 1882.

PILLIET. — Lesk. de l'ov. Trib. méd., 1893.

POLAILLON. — Union médic., 1888.

POULET ET BOUSQUET. — Traité path. ext.

POZZI. — Traité de gynécologie.

QUÉNU. — Anat. path. des k. non dermoïdes de l'ov. Th. Paris,
1881.

RECLUS, KIRMISSON, PEYROT, BOUILLY. — Man. path. ext.

ROSINSKI. — Dissertat. inaug. Breslau, 1891.

- REMY. — Th. d'agrégat., 1886.
- ROLLIN. — Des hémorrhagies de l'ov. Th. Paris, 1889.
- ROKITANSKY. — Allg. med. zeit., 1886.
- SCHROEDER. — Malad. des org. génit. de la f.
- SEBILEAU. — Lesépanch. du périt. dans tum. de l'app. gén.int.
de la f. Th. Paris, 1889.
- SANGER. — Centr. f. gynéc., n° 9, p. 147, 1887.
- SIMPSON. — Cliniq. obst. et gynéc., 1874.
- SPIEGELBERG. — Arch. f. gynéc., 1870.
- TERRIER. — Ablat. incompl. des k. de l'ov. Rev. chirurg., 1881,
p. 625.
- TILLAUX. — Bull. Soc. chirurg., octobre 1879.
- TILT. — On a new plan of treating ovarian dropsy., Lancet,
1848.
- TREILLE. — Tum. de l'ov. et grossesse. Th. Paris, 1873.
- URDY. — Th. de Paris, 1874.
- M^{me} WAITE. — Rupt. des k. de l'ov. Th. Paris, 1883.
- SPENCER WELLS. — Tum. de l'ov. et de l'utérus.
- YTHIER. — Lavage du péritoine dans la laparotomie. Th. Paris
1889.

Vu par le Président de la thèse,
TILLAUX

Le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer.
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD

TABLE DES MATIÈRES

	pages
INTRODUCTION.	5
HISTORIQUE.	9
CHAPITRE I. — Etiologie. Pathogénie. Anat. Pathol.	12
CHAPITRE II. — Symptômes.	17
Diagnostic.	21
Pronostic.	22
CHAPITRE III. — Traitement.	27
I. — Indications et contre-indications opératoires.	27
II. — Méthode opératoire.	33
III. — Pronostic opératoire.	43
CONCLUSIONS.	50
OBSERVATIONS.	52
INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES.	66

